



**Regione del Veneto**  
**AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA**  
Sede Legale: via Don Tosatto 147 - 30174 Mestre  
E-mail: [azienda.sanitaria@aulss3.veneto.it](mailto:azienda.sanitaria@aulss3.veneto.it)  
Pec: [protocollo.aulss3@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss3@pecveneto.it)  
C.F. e P.I.: 02798850273

-----  
**DIREZIONE SANITARIA**  
**RISK MANAGEMENT**

**RELAZIONE ANNUALE CONSULTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI / EVENTI EVITATI ANNO 2022**  
**RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO**  
**(Art. 2 Comma 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24)**

## **PREMESSA**

La Regione del Veneto, con la Legge n. 19 del 25 ottobre 2016, ha istituito l'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto-Azienda Zero" ed ha individuato i nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss. Dal 1° gennaio 2017, secondo quanto indicato all'art.14, comma 4, lettera f) della suddetta legge, l'Ulss 12 ha modificato la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 3 Serenissima", mantenendo la propria sede legale in Venezia ed ha incorporato le sopresse Ulss n.13 Mirano e Ulss n.14 Chioggia.

L'ULSS 3 Serenissima, ente strumentale della Regione Veneto, provvede ad attuare, nel proprio ambito territoriale, il principio di tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Realizza in ambito locale gli indirizzi in materia sanitaria definiti a livello nazionale e regionale, accogliendo le istanze e le esigenze delle comunità che in essa operano al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza, assicurando l'equità e l'universalità di accesso dei cittadini ai servizi socio – sanitari.

## **TERRITORIO E POPOLAZIONE**

L'ULSS 3 Serenissima opera sul territorio della provincia di Venezia, costituito da 23 *comuni* : Campagna Lupia, Campolongo Maggiore, Camponogara, Cavarzere, Chioggia, Cona, Dolo, Fiesso d'Artico, Fossò, Marcon, Martellago, Mira, Mirano, Noale, Pianiga, Quarto d'Altino, Salzano, Santa Maria di Sala, Scorzè, Spinea, Strà, Venezia, Vigonovo).

La superficie di intervento è di 1362 Km<sup>2</sup> con una popolazione complessiva pari a 616.082 abitanti, di cui 316.985 femmine e 299.097 maschi. (Fonte dati: Anagrafi Comunali, popolazione al 31 dicembre 2021).

I cittadini stranieri residenti nel territorio dell'ULSS 3 sono in totale 69.988 costituendo l'11,4% della popolazione totale.

La densità della popolazione è di 458 abitanti per Km<sup>2</sup>.

L'estrema varietà delle aree del territorio gestito caratterizza profondamente l'ambito di afferenza dell'Azienda. In essa sono infatti presenti aree urbane della terraferma ad alta densità abitativa e produttiva, congiuntamente al territorio del centro storico veneziano con gli elementi di specificità che lo contraddistinguono, anche per i flussi turistici presenti, ed infine le aree insulari del territorio lagunare che conferiscono alla dimensione territoriale complessiva il suo carattere di dispersione e frammentazione. Da segnalare la presenza sul territorio del sistema portuale ed aeroportuale con flussi di traffico navale e aereo rilevanti e il continuo avvicinarsi di manifestazioni, eventi storico/culturali che attraggono una moltitudine di visitatori durante tutto l'anno.

## DISTRETTO SOCIO SANITARIO

L'Azienda ULSS 3 Serenissima è suddivisa in quattro Distretti Socio Sanitari :

Distretto 1 – Venezia Centro Storico, Isole, Estuario

Distretto 2 – Venezia Terraferma – Marcon – Quarto d'Altino

Distretto 3 – Mirano – Dolo

Distretto 4 – Chioggia

L' Azienda, secondo la programmazione regionale (DGR 614/2019), ha una dotazione di 1681 posti letto negli ospedali pubblici e 532 posti letto negli ospedali privati accreditati.

La proiezione dei ricoveri al 31 dicembre 2022 è di **68.323 di cui 58.990 nelle strutture pubbliche e 9.333 nei privati accreditati.**

Sono state erogate **1.949.368** prestazioni *ambulatoriali per esterni*, con un aumento dello 0,6% rispetto allo scorso anno.

*L'attività di Pronto Soccorso* è assicurata nel territorio da cinque Servizi di Pronto Soccorso situati presso le strutture ospedaliere e da un Punto di Primo Intervento al Lido di Venezia.

Nel 2022 il numero di accessi è stato complessivamente pari a 228.016 nelle 5 sedi di Pronto Soccorso aziendali, con un aumento del 17% rispetto allo scorso anno. Oltre il 37% degli accessi al Pronto Soccorso è avvenuto presso l'Ospedale dell'Angelo, seguito dagli ospedali di Mirano, Dolo, Venezia e Chioggia.

La distribuzione degli accessi nei Pronto Soccorso aziendali nel 2022 è stata la seguente:

Ospedale di Mestre 84.444

Ospedale di Venezia 35.494

Ospedale di Dolo 38.153

Ospedale di Mirano 39.894

Ospedale di Chioggia 28.150

Nell'Azienda ULSS 3 Serenissima il personale in servizio nel 2022 contava 8411 dipendenti. Fra questi il personale sanitario era così distribuito: 1278 Dirigenti Medici; 142 Dirigenti Sanitari non medici; 3669 Sanitari Comparto, 456 Tecnici Comparto.

L' Azienda ULSS 3 Serenissima, nell'integrazione di tre diversi distretti si caratterizza per una elevata complessità clinico-organizzativa e questo rende necessario una gestione del rischio attenta e sistematica, attraverso il coinvolgimento degli Operatori della Sanità locale, nello sviluppo di una sempre maggior consapevolezza verso la cultura della segnalazione "reporting" degli eventi avversi ed eventi evitati in un'ottica di trasparenza. Tali informazioni rappresentano uno strumento indispensabile per predisporre strategie e azioni correttive per prevenire ed evitare il ripetersi di simili eventi.

La gestione del rischio, partendo dall'analisi delle criticità segnalate, individua le cause generatrici e i fattori contribuenti o concomitanti dell'evento avverso o dell'evento evitato, per procedere poi all'identificazione condivisa di azioni di miglioramento. Il fine è di eliminare o ridurre il rischio specifico realizzando un'opportunità di apprendimento e di esperienza condivisa.

Nella gestione del rischio clinico aziendale il Risk Management :

1. acquisisce le segnalazioni di eventi effettuate dagli Operatori delle strutture sanitarie (ospedaliere e territoriali), nei tre diversi Distretti Aziendali;
2. analizza la tipologia di evento, acquisendo, se necessario, ulteriori informazioni e documentazione dalla struttura segnalante, coinvolgendo il Direttore e/o il Coordinatore e le figure professionali eventualmente coinvolte dell' Unità Operativa/Servizio;
3. utilizza gli strumenti di gestione del rischio clinico, sulla base della tipologia, frequenza e gravità dell'evento segnalato (classificazione prevista dalla DGR 2255/2016) ed in particolare:
  - a) strumenti di gestione "reattiva" del rischio clinico, utilizzati a seguito della segnalazione spontanea di un evento avverso (anche in assenza di danno) o di un evento evitato, per individuare i fattori contribuenti l'evento e le possibili azioni di miglioramento, finalizzate ad evitare il ripetersi dello stesso:
    - ✓ Conduzione di specifici "Audit su Evento Significativo" – S.E.A. in coerenza con il documento regionale "Linee di Indirizzo per la gestione degli audit aziendali su eventi avversi" del luglio 2019. Gli audit sono effettuati alla presenza del Direttore e del Coordinatore della struttura coinvolta, oltre agli operatori coinvolti nell'evento medesimo. Nel corso dell'audit vengono individuate e condivise specifiche azioni di miglioramento, finalizzate al contenimento del rischio specifico, le quali vengono riportate nel verbale di audit, trasmesse al Direttore e al Coordinatore della Unità Operativa per la loro implementazione e verifica periodica dell'efficacia degli interventi introdotti. Gli incontri, condotti con il personale del Risk Management aziendale, vengono documentati anche con la raccolta delle firme di presenza dei partecipanti.
    - ✓ Valutazione dell'efficacia delle azioni di miglioramento, individuate nei singoli S.E.A., mediante il monitoraggio degli eventi segnalati nel corso dell'anno, utilizzando gli indicatori di efficacia indicati, per ogni tipologia di evento avverso, nella DGR 2255/2016.
    - ✓ Effettuazione di sopralluoghi o di verifiche interne, finalizzate a valutare direttamente i fattori di rischio causali o contribuenti, elaborazione e individuazione delle possibili azioni di miglioramento e/o di contenimento dei rischi, da trasmettersi alle Strutture /Servizi competenti, secondo la tipologia di evento segnalato (ad es. Servizio di Farmacia Ospedaliera /Dispositivo Vigilanza; RSPP, Direzione Medica, Ufficio Tecnico).
  - b) strumenti di gestione "proattiva" del rischio clinico, utilizzati a seguito della valutazione delle risultanze del monitoraggio annuale del rischio clinico, sulla base della tipologia, frequenza e gravità delle segnalazioni di Incident Reporting complessive, applicati a livello trasversale aziendale allo scopo di prevenire l'incidenza degli eventi (es: *Safety Walk Round*, secondo la metodologia indicata nel Manuale Ministeriale Rev. Aprile 2012, effettuati con il coinvolgimento di attori e competenze multidisciplinari (ad es. Farmacia, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Servizio di Prevenzione e Protezione ecc.), con rilevazione delle Non Conformità e diffusione di report alle strutture preposte alla risoluzione della Non Conformità)
4. Provvede alla registrazione informatica nel Gestionale Rischio Clinico della Regione Veneto degli Eventi Sentinella segnalati nei tre Distretti aziendali;
5. Acquisisce le segnalazioni di "incident reporting" inseriti nel link regionale (provenienti dalle Unità Operative Aziendali, come indicato nella DGRV 2255/2016);
6. Effettua la compilazione informatica della scheda di Risk Management, relativa all'analisi di ogni singolo evento segnalato, nel *Gestionale Rischio Clinico* della Regione Veneto, nel menù segnalazioni, come previsto dalla DGRV 2255/2016.

**Si riporta di seguito il dettaglio delle tipologie di eventi segnalati in Azienda ULSS 3 Serenissima nell'anno 2022.**

TIPOLOGIA DI EVENTI AVVERSI/EVENTI EVITATI	AMBITO DI INTERVENTO	MONITOTRAGGIO
<p><b>Aggressione operatore/paziente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione sul campo degli operatori sanitari con eventi accreditati e istituiti da Scuola di Sanità Pubblica.</li> <li>• Revisione Procedura Operativa Aziendale Trasversale alla luce delle Linee di Indirizzo regionali, nel contesto degli obiettivi del Gruppo di Lavoro Aziendale per il contrasto della violenza sugli operatori sanitari.</li> <li>• Presa in carico delle segnalazioni effettuate nel link regionale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica del grado di apprendimento dei partecipanti mediante i questionari di fine corso</li> <li>• Verbali delle riunioni del gruppo di lavoro aziendale istituito con delibera del Direttore Generale.</li> <li>• Verifica della realizzazione delle azioni di miglioramento proposte in seguito all'analisi dell'evento aggressione segnalato.</li> </ul>
<p><b>Caduta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presa in carico delle segnalazioni pervenute tramite incident reporting.</li> <li>• Partecipazione all'analisi degli "Esiti sensibili delle cure"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione inserimento nel link regionale.</li> <li>• Verifica corretta valutazione del rischio caduta dei pazienti.</li> </ul>
<p><b>Infezioni</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prese in carico delle segnalazioni effettuate nel link regionale</li> <li>• Formazione degli operatori nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e contrasto all'antimicrobico resistenza.</li> <li>• Partecipazione ai CIO ospedalieri e al Comitato Tecnico aziendale dei CIO.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi del trend degli isolamenti sui report mensili della Microbiologia.</li> </ul>
<p><b>Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede successivo intervento chirurgico o ulteriori procedure</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svolgimento di event audit con individuazione di azione di miglioramento in seguito a segnalazione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione all'addestramento degli operatori delle varie specialità chirurgiche alla corretta applicazione della checklist di sala operatoria</li> </ul>
<p><b>Reazione trasfusionale conseguente a incompatibilità ABO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione in merito alla corretta identificazione del paziente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero di eventi avversi correlati alla non corretta identificazione del paziente.</li> </ul>

	<p>nell'ambito della FAD sul percorso trasfusionale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione e implementazione dell'utilizzo dell'applicativo Emobedside che permette i controlli informatizzati al letto del paziente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero di near miss trasfusionali legati alla non corretta identificazione del paziente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadeguata prestazione diagnostica/terapeutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presa in carico degli eventi avversi segnalati e svolgimento di event audit con le relative azioni di miglioramento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gestione del sovraffollamento della sala d'attesa in Pronto Soccorso;</li> <li>• revisione modalità operativa di gestione delle chiamate senza risposta in Pronto Soccorso;</li> <li>• istruzione operativa che evidenzi nel percorso diagnostico e terapeutico dei pazienti in Pronto Soccorso la rivalutazione dello specialista o degli specialisti che hanno effettuato le consulenze, prima della dimissione di un paziente gestito in OBI;</li> <li>• implementazione del sistema TREND che prevede di poter ricoverare il paziente senza aspettare la liberazione effettiva del posto letto dato disponibile, ponendo particolare attenzione al monitoraggio del paziente durante la sosta in Pronto Soccorso;</li> <li>• rivalutazione dell'organizzazione delle urgenze chirurgiche con relative risorse dedicate;</li> <li>• revisione dell' Istruzione Operativa sulle emergenze in Sala Operatoria;</li> <li>• aggiornamento della procedura del percorso del paziente in emodialisi;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• re training formativo a tutto il personale sulla gestione della fistola per emodialisi;</li><li>• maggiore attenzione per i pazienti non ancora noti al servizio psichiatrico, consolidando le misure previste per la loro adeguata collocazione e rimodulando l'organizzazione della sorveglianza.</li></ul>
--	--	---